

様式コード
2 1 0 5

健康保険  
厚生年金保険

適用事業所 名称/所在地 変更(訂正)届

令和 01 年 07 月 26 日提出

提出者記入欄	事業所整理記号	01	い	ろ	は	事業所番号	1	1	1	1	1
	事業所所在地	〒163-0825 東京都新宿区西新宿2-4 新宿MSビル25F									
	事業所名称	サンプル株式会社〔給与項目(基本モード)〕 本社									
	事業主名	木村 俊彦 (印)									
	電話番号	03 -5321-0000									

受付印
-----

社会保険労務士記載欄
氏名等 社労士太郎 (印)

※該当する数字をすべて○で囲んでください。

変更区分	① 事業所名称の変更
	② 事業所所在地の変更

変更前	① 事業所名称	サンプル株式会社〔給与項目(基本モード)〕 本社
	② 事業所所在地	〒163-0825 東京都新宿区西新宿2-4 新宿MSビル25F

変更後	③ 変更日	9 令和	年	月	日	
	④ 事業所名称	(フリガナ)				
	⑤ 事業所所在地	〒 (フリガナ)				
	⑥ 電話番号					
	⑦ 変更理由					
	⑧ 口座振替の継続	※管轄内の所在地変更の場合、以下の項目は記載不要です。		⑨ 振替口座の変更		
		1. 継続する ※「1. 継続する」を希望される場合、 ⑨振替口座の変更も記入してください。		1. 変更なし		
		2. 継続しない		2. 変更あり ※口座番号、口座名義等に変更がある場合、再度『保険料 預金口座振替納付(変更)申出書』を提出してください。		